

است، هدف عمده این مطالعه مقایسه وضعیت روان شناختی دو گروه از امدادگران فعال و عادی در پایگاه‌های بین جاده‌ای شهرستان داراب است.

روش‌ها: در این مطالعه مقایسه‌ای و گذشته‌نگر به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۸ نفر از امدادگرانی که در ۳ ماه پایانی سال ۱۳۸۸ به طور متناوب در پایگاه‌های امدادی جاده‌ای شهرستان داراب مشغول به فعالیت بودند انتخاب شدند و ۳۳ نفر از امدادگران عادی نیز به شیوه تصادفی وارد مطالعه شدند و چک لیست علائم بیماری‌های روانی (SCL- 90) را تکمیل نمودند. داده‌های پژوهش با استفاده از بسته نرم‌افزار آماری SPSS (ویراست ۱۶) و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: گروه امدادی فعال، در عامل کلی SCL- 90 و مؤلفه‌های "علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان پریشی" نسبت به گروه عادی نمرات بیشتری کسب کردند و این تفاوت در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۰۱ معنادار بود. اما این تفاوت در مؤلفه‌های "حساسیت بین‌فردی، افسردگی و سوالات اضافه" معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: آسیب‌پذیری روانی امدادگران فعال در سوانح جاده‌ای لزوم برنامه‌ریزی مناسب را به منظور حمایت‌های فردی و سازمانی از این اعضا مطرح می‌کند. کلمات کلیدی: امدادگر، وضعیت روان شناختی، چک لیست علائم بیماری‌های روانی، پیامدهای روانی ناشی از فعالیت امدادی.

مقایسه وضعیت روان‌شناختی امدادگران فعال در سوانح جاده‌ای با امدادگران عادی

در شهرستان داراب

محمود حیدری^{*}، کاظم خرم‌دل^{**}، عبدالرضا رئیسی

پور^{***}، مسعود یزدان پناه^{****}

^{*}نویسنده مسئول، کارشناس مدیریت امداد و سوانح، مدرس سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر داراب، فارس، ایران

Email: M.heydari.res@gmail.com

^{**}کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^{***}کارشناس مهندسی بهداشت محیط، رئیس جمعیت هلال احمر داراب، فارس، ایران

^{****}دکترای پزشکی عمومی، رئیس شبکه بهداشت شهرستان داراب، فارس، شیراز، ایران

وصول مقاله: ۸۹/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۱۳

چکیده

مقدمه: به نظر می‌رسد که امدادگران حاضر در پایگاه‌های بین جاده‌ای جمعیت هلال احمر، به دلیل اینکه در صحنه‌های دلخراش جاده‌ای حضوری مداوم و گاهی طولانی دارند، بیشتر از امدادگران عادی در معرض پیامدهای روان شناختی ناشی از سوانح باشند. از آنجا که مطالعات انجام شده در این زمینه بسیار اندک

مقدمه

سالانه بیش از ۱,۲۶۰,۰۰۰ نفر در دنیا به دلیل تصادفات رانندگی فوت می کنند (۱). در ایران نیز حوادث رانندگی عمده ترین عامل مرگ و میر ناشی از حوادث است که شاخص میزان تلفات حاصل از آن نه تنها کاهش نیافته، بلکه روند صعودی را طی می کند و با افزایش رشد ۱۰ درصدی، میزان تلفات آن به ۱۵ برابر کشورهای در حال توسعه رسیده است (۲).

جدای از مسئله مرگ و میر، آنچه بعد از سوانح گریبانگیر بازماندگان است عوارض روان شناختی آن همچون استرس، افسردگی، ناامیدی، تحریک پذیری، کابوس ها و وحشت زدگی های مکرر می باشد. شدت عوارض سوانح برای نزدیکان قربانیانی که مستقیماً در معرض حوادث هستند، موجب شده است که پیامد های ناشی از تروما که امدادگران را نیز تحت تأثیر قرار می دهد کمتر مورد توجه قرار گیرد (۳). همچنین سازگاری های روان شناختی، کارکرد و روش های مقابله ای در برابر استرس امدادگران، مسئله ای است که در متون روان پزشکی کمتر به آن توجه شده است (۴).

در واقع امدادگران حاضر در پایگاه های امداد جاده ای، با تجربه صحنه های دلخراش و استرس زای متمادی، ممکن است همچون بازماندگان سوانح تحت تأثیر استرس ناشی از

آن موقعیت ها قرار گیرند و بهداشت و سلامت روانی آنها تهدید شود. به طور کلی استرس های امدادگران را می توان به سه دسته تقسیم بندی کرد:

- ۱ - استرس مستمر ناشی از حرفه امدادگری
- ۲ - استرس ناشی از حضور در صحنه های حادثه
- ۳ - استرس سازمانی (۳)

برخی پیامدهای مرتبط با مسائل استرس زا برای امدادگران حاضر در سوانح نیز عبارتند از: فرسودگی، اختلالات روان تنی و انجام رفتارهای پر خطری چون سوء مصرف الکل و مواد مخدر (۵). از موارد فوق، شاید فرسودگی محتمل ترین پیامد مرتبط با شرایط استرس زا باشد. فرسودگی در ابتدا به صورت فرایند تدریجی عمل می کند و در نهایت علائم آن به صورت مشکلات جسمانی، هیجانی، مرتبط با کار و درون فردی نمودار می شود (۶). اختلال استرس پس آسیمی و اختلال فشار روانی حاد نیز شایع ترین اختلالات روان شناختی هستند که در امدادگران یافت می شوند (۷). خصایص بالینی اختلال استرس پس آسیمی عبارتند از: احساس دردناک و وقوع مجدد واقعه، احساس گناه از زنده ماندن و برانگیختگی مفرط نسبتاً دائم که به مدت حداقل یک ماه ادامه خواهد داشت. اختلال

فشار روانی حاد نیز با علائمی مشابه شناخته می شود، که مدت آن نیز کمتر از یک ماه می باشد (۸).

در مطالعه‌ای توسط لیائو در سال ۲۰۰۲ مشخص شد که حدود ۲۰ درصد از اعضای گروه‌های امداد اعزامی به مناطق حادثه دیده، در دو ماهه اول بعد از حادثه به مشکلات روانی - اجتماعی متعددی دچار شدند. مهمترین عوامل پیش بینی شده برای مشخص کردن اینکه چه کسانی بیشتر به تروماهای ثانویه دچار می شدند عبارت بود از: خصوصیات شخصیتی افراد، سبک‌های مقابله‌ای و شیوه‌های سازگاری (۹). در مطالعه‌ای دیگر در ایران توسط براتی در سال ۲۰۰۴ نیز مشخص شد که بین نمره فرسودگی افرادی که در بم خدمت کرده اند با مدت حضور آنها در آنجا همبستگی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش میزان حضور در بم با افزایش شدت علائم در امدادگر رابطه دارد. همچنین در این بررسی مشخص شد، بیشترین رابطه مشاهده شده بین مدت حضور در بم (و ارائه خدمات) با فرسودگی در دو حیطه مشکلات جسمانی و ارتباطات اجتماعی و تحریک پذیری می باشد. نتایج مقایسه امدادگران حاضر در عملیات امداد رسانی در بم و امدادگرانی که به دلایلی در ارائه خدمات در بم شرکت نداشته اند، تفاوت معنی داری در سطح بالاتر علائم

فرسودگی در امدادگران ارائه دهنده خدمات در بم را نشان داد (۱۰).

بنابراین احتمال دارد که امدادگران حاضر در پایگاه‌های بین جاده‌ای گاهی به دلیل تجربه مداوم و طولانی حضور در صحنه‌های دلخراش جاده‌ای، بیشتر از امدادگران عادی در معرض پیامدهای روان شناختی سوانح باشند. در هر صورت مطالعات انجام شده در این زمینه، به خصوص در مورد امدادگران فعال در سوانح جاده‌ای، در ایران بسیار کم است. هدف عمده این مطالعه مقایسه وضعیت روان شناختی امدادگران فعال در پایگاه‌های بین جاده‌ای شهرستان داراب با امدادگران عادی در ۹ بُعد سلامت روانی شامل علائم جسمانی، وسواس، افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، فوبیا، پارانوئیا و روان پریشی است.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای و گذشته‌نگر بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی امدادگران (فعال و عادی) شهرستان داراب در سال ۱۳۸۸ تشکیل دادند. در ابتدا به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۸ نفر از امدادگرانی که در ۳ ماهه آخر سال ۱۳۸۸ به‌طور متناوب در پایگاه‌های امداد جاده‌ای شهرستان داراب مشغول فعالیت بودند

انتخاب شدند و پس از توضیحات مقدماتی دستیاران پژوهشی پرسشنامه را تکمیل کردند. ۳۳ نفر از امدادگران عادی نیز به شیوه تصادفی انتخاب شدند و چک لیست استاندارد SCL-90 را تکمیل کردند. پیش از اجرای پژوهش به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی آنها محفوظ می ماند و نتایج تحقیق به صورت آماری و کلی منتشر خواهد شد. شرکت کنندگان دو گروه نیز قبل از تحلیل تا حد ممکن از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی همتا شدند.

چک لیست علائم بیماری های روانی SCL-90، یک آزمون خودسنجی ۹۰ گویه ای است که برای انعکاس نشانه های روان شناختی بیماران روان پریش طراحی و سؤالات آن بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از اصلاً (صفر) تا خیلی زیاد (چهار) نمره گذاری شد. چک لیست SCL-90، ۹ بُعد سلامت روان را می سنجد که عبارتند از: علائم جسمانی (پریشانی از ادراک های بدنی)، وسواس فکری- عملی، حساسیت بین فردی (احساس بی کفایتی فردی و عدم توانایی در ایجاد ارتباط مفید با دیگران)، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، اضطراب، فوبیا (ترس مرضی، افراطی و غیرواقعی از محیط)، عقاید پارانوییدی (عقاید غیرمنطقی، افراطی و بدبینانه نسبت به رفتارهای اطرافیان)، روان پریشی (پیوستاری از بیگانگی فردی تا نشانه های سایکوز، کناره گیری افراطی

و سبک زندگی اسکیزوئید) و سؤالات اضافه که الگوهای خواب و تغذیه را می سنجد.

نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس ۳ شاخص کلی است. این ۳ شاخص کلی ناراحتی و عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می دهند و عبارتند از: ۱- شاخص کلی علائم مرضی^۱، که مهمترین ملاک و معیار سنجش و ارزشیابی فرد است. ۲- معیار ضریب ناراحتی^۲ که تعداد علائم مثبت گزارش شده توسط آزمودنی را می سنجد. ۳- جمع علائم مرضی^۳ که نشانگر میانگین تعداد علائم مثبتی است که توسط آزمودنی گزارش می گردد (۱۱). پایایی و روایی این آزمون و ویژگی و حساسیت بالای آن به عنوان مقیاس تشخیص و غربالگری اختلالات روانی تأیید شده است (۱۲). داده های پژوهش با استفاده از بسته نرم افزار آماری SPSS (ویراست ۱۶) و همچنین با استفاده از شاخص های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تحلیل شدند.

¹ Global Severity Index

² Positive Symptom Distress Index

³ Positive Symptom Total

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۸ امدادگر فعال مرد در سوانح جاده ای شهرستان داراب با میانگین سنی ۲۹/۶۰ و انحراف معیار ۶/۸۷ و ۳۲ امدادگر عادی عضو مجموعه هلال احمر با میانگین سنی ۳۲/۸۰ و انحراف معیار ۱۳/۷۵ بودند.

حداقل تحصیلات شرکت کنندگان پایان دوره راهنمایی و حداکثر کارشناسی بود. میانگین سابقه حضور گروه فعال در پایگاه‌های امداد جاده‌ای ۳۱ ماه متناوب بود و در سه ماهه آخر سال ۱۳۸۸ نیز به صورت مداوم در پایگاه‌ها حاضر بودند. گروه عادی سابقه حضور در پایگاه‌های امداد جاده‌ای را نداشتند.

میانگین (انحراف معیار) شاخص شدت کلی علایم برای گروه فعال ۰/۶۱۴ (۰/۳۵) و برای گروه عادی ۰/۳۸۸ (۰/۳۱) بود. لذا از حیث شاخص توصیفی شدت علائم در گروه فعال بیشتر بود ($p < 0.05$).

به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار آماری گروه‌ها، پس از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک و هم‌تا بودن گروه‌ها، میانگین‌های دو گروه از لحاظ عامل کلی آزمون (SCL-90) و ۹ مؤلفه آن مقایسه شدند. جدول شماره ۱ نتایج ادغام شده تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) را برای مقایسه دو گروه از لحاظ مؤلفه‌های (SCL-90) نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱ - نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، تفاوت بین گروه های امدادی در عامل کلی SCL- 90 و مولفه های آن

متغیر های پژوهش	میانگین (انحراف معیار)		Df	میانگین مجزورات	ضریب F	اندازه اثر	توان آماری	sig
عامل کلی SCL- 90	فعال	۵۵/۳۶ (۳۱/۸۸)	۱	۶۲۰۱/۶۶	۶/۸۸	۰/۱۰	۰/۷۳	S*
	عادی	۳۴/۹۳ (۲۸/۰۲)						
علائم جسمانی	فعال	۵/۸۶ (۴/۶۵)	۱	۱۲۳/۲۶	۶/۹۰	۰/۱۱	۰/۸۳	S*
	عادی	۳ (۳/۷۴)						
علائم وسواس	فعال	۸/۳۶ (۴/۳۷)	۱	۲۷۳/۰۶	۱۶/۸۱	۰/۲۲	۰/۹۸	S**
	عادی	۴/۱۰ (۳/۶۵)						
حساسیت بین فردی	فعال	۵/۶۰ (۳/۹۸)	۱	۴۵/۰۶	۲/۸۵	۰/۰۴	۰/۳۸	N.S
	عادی	۳/۸۶ (۳/۹۵)						
افسردگی	فعال	۶/۷۰ (۵/۵۲)	۱	۱۳/۰۶	۰/۴۱	۰/۰۰۷	۰/۰۹	N.S
	عادی	۵/۷۶ (۵/۷۱)						
اضطراب	فعال	۵/۶۳ (۳/۵۹)	۱	۸۶/۴۰	۸/۰۷	۰/۱۲	۰/۷۹	S**
	عادی	۲/۲۳ (۲/۹۰)						
پرخاشگری	فعال	۳/۲۶ (۲/۹۲)	۱	۴۵/۰۶	۷/۴۸	۰/۱۱	۰/۷۶	S**
	عادی	۱/۵۳ (۲/۱)						
فوبیا	فعال	۲/۷۰ (۲/۵۲)	۱	۲۶/۶۶	۴/۹۰	۰/۰۷	۰/۵۸	S*
	عادی	۱/۳۶ (۲/۱۲)						
پارانویید	فعال	۵/۶۶ (۴/۲۶)	۱	۳۲/۲۶	۲/۱۳	۰/۰۳	۰/۳۰	N.S
	عادی	۴/۴۰ (۳/۴۵)						
روان پریشی	فعال	۵/۳۳ (۳/۶۶)	۱	۹۱/۲۶	۶/۲۵	۰/۰۹	۰/۷۰	S*
	عادی	۲/۸۶ (۳/۹۷)						
سؤالات اضافه	فعال	۶/۱۳ (۴/۷۲)	۱	۱۹/۲۶	۱/۱۷	۰/۰۲	۰/۷۳	N.S
	عادی	۵/۰۱ (۳/۲۱)						

*P<۰.۰۵ **P<۰.۰۰۱

چنانچه در جدول شماره ۱ دیده می‌شود، تفاوت گروه‌های امدادی فعال و عادی در عامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های (علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان پریشی) در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۰۱ معنادار است. به عبارت دیگر با توجه به میانگین‌های کسب شده، گروه امدادگران فعال از لحاظ عامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان پریشی به میزان بیشتری الگوی اختلالات روانی را نشان می‌دهد. اما این تفاوت در مؤلفه‌های حساسیت بین فردی، افسردگی و سؤالات اضافه معنادار نیست.

بحث

گروه امدادی فعال درعامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی نسبت به گروه عادی نمرات بیشتری کسب کردند و این تفاوت در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۰۱ معنادار بود. اما این تفاوت در مؤلفه‌های حساسیت بین‌فردی، افسردگی و سؤالات اضافه معنادار نبود.

به طور کلی سلامت روانی یک وضعیت روانی ذهنی است که از ویژگی‌هایی نظیر بهبود و مهار هیجانات، توانایی برقراری

ارتباط با دیگران، توانایی مقابله با «تئیدگی» و مشکلات زندگی و کنار گذاشتن هرگونه «اضطراب» و «نشانه‌های ناتوانی» برخوردار است (۱۳). به‌طور نظری پیش بینی می‌شد که امدادگران فعال به واسطه مواجهه مداوم با شرایط استرس‌زای محیط کاری عوارض بیشتری را در ابعاد سلامت روان نسبت به گروه عادی نشان دهند. نتایج آزمون مانوا نیز نشان داد تفاوت گروه‌های امدادی فعال و عادی در مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی در سطح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۰۱ معنادار بود. به عبارت دیگر با توجه به افزایش نمرات در آزمون، نشانه سیر به سمت اختلالات روان‌شناختی است و گروه امدادگران فعال از لحاظ عامل کلی SCL-90 و مؤلفه‌های علائم جسمانی، وسواس، پرخاشگری، فوبیا و روان پریشی به میزان بیشتری الگوی اختلالات روانی را نشان دادند. اما این تفاوت در مؤلفه‌های حساسیت بین فردی، افسردگی و سؤالات اضافه معنادار نبود. این یافته‌ها تا حدی همسو با یافته‌های مطالعات اندک انجام شده در حیطه سلامت روان امدادگران است (۹، ۱۰، ۱۴).

در متون تخصصی روان پزشکی برخی عوامل فردی که شخص را مستعد آسیب پذیری ناشی از ترومای ثانویه می کنند عبارتند از: ۱- ادراک یا تعبیر منفی از حوادث، ۲- آسیب پذیری زیستی نسبت به استرس، ۳- دارا بودن سطوح پایین آمادگی های فردی و حرفه ای، ۴- تصور غیر واقعی از توانایی ها و عدم توانایی های خود در انجام امور، ۵- وجود سطوح پایین حمایت اجتماعی، ۶- سابقه ابتلاء به تروما و یا تجربه حادثه ای در گذشته (۹). در بُعد فردی و حرفه ای، افزایش میزان دسترسی و آموزش روش های کاهش استرس، افزایش تجهیزات و حمایت اجتماعی و دسترسی پذیری حمایت های روان شناختی حرفه ای در تجربه کردن حوادث می تواند در کاهش عوارض روان شناختی حوادث مؤثر باشد (۹).

از جمله علل دیگری که باعث ایجاد استرس ناشی از مسائل و مشکلات سازمانی می شود، نداشتن برنامه ریزی صحیح و هماهنگ در امداد رسانی، رقابت و کشمکش درون و بین بخشی،

حمایت ناکافی و رقابت و کشمکش برای مدیریت است. امروزه مدیریت استرس در فضای کاری، برنامه منظم و مداوم و برنامه های چرخش مشاغل به عنوان خط مشی های شناخته شده ای است که در کشور های اروپایی به کار می روند (۹). در بُعد سازمانی این نکته حائز اهمیت است که مدیریت تروماهای ثانویه در سطوح سازمانی نیاز به آگاهی و شناخت پدیده های روان شناختی دارد. سازمان های مرتبط با امر امداد و نجات باید به این نکته مهم آگاه باشند، که امدادگران حاضر در مناطق حادثه دیده بسیار مستعد آسیب پذیری نسبت به تروماهای ثانویه و مشکلات روان شناختی هستند. لذا فراهم کردن بستری مناسب برای تأمین منابع مادی و معنوی و حمایت های سازمانی می تواند در کاهش مشکلات روان شناختی امدادگران و افزایش کارایی آنها مفید باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند که از تمامی امدادگران محترم که در پژوهش حاضر شرکت نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

فهرست منابع

1. Peden M, Scurfield R, Sleet D. World Report on Road Traffic Injury Prevention. Geneva: World Health Organization; 2004, 65-62.
- 2-Murray C,Lopez A. Alternative projectionsof mortality and disability by cause 1990-2020, global burden of disease study. London, 1997; 349: 1498-504.
3. Pearlman LA, Mac Ian PS: Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma works on trauma therapists. Professional Psychology: Research and Practice 1995; 26(6):558–565.
4. Bilal MS, Rana MH. Psychological Trauma in a Relief Worker—A Case Report from Earthquake-Struck Areas of North Pakistan. Prehospital and Disaster Medicine 2007, 22:12-19.
- 5.Salma P. The Psychological Health of Relief Workers: Some Practical Suggestions. Humanitarian Exchange magazine 1999; 15:23-56.
6. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: a review of the empirical evidence' in Canadian. Journal of Counseling Review 1988; 22 (3):310-342.
7. Eriksson CB, Vande Kemp H, Gorsuch R, Hoke S, Foy DW: Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. Journal of Traumatic Stress 2001; 14(1):205–212.
8. Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry. Philadelphia:Lippincott Williams & wilkins. 2007;3:12-21.
9. Liao SC. Lee MB. Association of psychological factors in rescue workers within two months after a major earthquake. Formos Med Assoc 2002;101(3); 169-76.
10. Barate SF. Study of the relief burnout in some active workers comparing with inactive ones in Bam earthquake. Quarterly journal of Relief and Rescue 2009; 1(3): 2-7.
11. Derogates L. The symptoms checklist-90 manual II.Towon.MD: Clinical psychometric Research.1983; 12:23-45.
12. Norbert S. Computerized administration of the symptom checklist (SCL-90-R) and the inventory of inter personal problems (IIP-C) in psychometric outpatients. Psychiatry Research 1999; 87. 217-221.
13. World Health organization. Psychological consequences of disaster: prevention and management 1992; 12:45.
14. Fullerton CS, Ursano RJ,Wang L: Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. Am J Psychiatry 2004; 161:1370–1376.